南丹圏域地域リハビリテーション支援センター

リハビリ相談・相談申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込み日時 | 　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 依頼者（担当者） | 所属名：　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 希望連絡先 | TEL: 　　　　　　　　　　　　　　連絡希望の時間帯：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：　※メールでの対応希望のみ　　　　　　　　　　　　　 |
| 相談したい内容 | 該当箇所に〇をお願いします。1. 訪問（通所）リハサービスの適応かどうか迷っている。
2. ケアプランを作成・見直しするうえでリハビリ専門職の助言がほしい。
3. 通所介護・訪問介護利用時の生活活動の工夫について知りたい。
4. 家屋改修・福祉用具の選択について助言が欲しい。
5. リハビリプログラムについての相談がしたい。
6. 障がい、動作能力の評価をしてほしい。
7. 研修会の講師派遣をお願いしたい。
8. リハビリ資源に関する情報提供をしてほしい。
9. その他（ご自由にご記載下さい。）
 |
| 希望する助言方法 | 該当箇所に〇をお願いします。1. 電話相談
2. 担当ご利用者宅や利用施設先へ同行してほしい。
3. その他（ご自由にご記載下さい。）
 |
| 具体的な依頼内容 | ※スペースが足りない場合は別途資料を添付してください。 |

〈お問い合わせ先〉

京都府南丹圏域地域リハビリテーション支援センター（京都中部総合医療センター リハビリテーション科内）

TEL：0771-42-2510(病院代表)　/　FAX：0771-42-5071 / Mail：rehashien@kyoto-chubumedc.or.jp

担当者：桝田（ますだ）宏司・高位篤史・井爪啓之